

Intervenção domiciliar com ênfase no autocuidado para idosos usuários de um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo

Home care intervention with an emphasis on self-care for elderly users of the School Health Center in São Paulo City

Maria Helena Morgani de Almeida¹, Marina Picazzio Perez Batista¹

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p63-71>

Almeida MH, Batista MPP. Intervenção domiciliar com ênfase do autocuidado para idosos de um centro de saúde no Município de São Paulo. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2016 jan.-abr.;27(1):63-71.

RESUMO: *Introdução:* Segundo a Organização Mundial da Saúde, riscos para declínio de saúde, funcionalidade e morte de idosos incluem ser mulher solteira ou viúva, ter 80 anos ou mais, estar isolado, ter limitações em atividades diárias básicas. *Objetivo:* Descrever e analisar intervenção de terapia ocupacional a idosos sob dois ou mais riscos. *Método:* Pesquisa intervenção desenvolvida em 2008/2009 em três etapas: avaliação com o Instrumento de Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado; orientações para funcionalidade, universo ocupacional e interação social; reavaliação. Critérios de inclusão: ser idoso; sob risco demográfico (por ter 80 anos ou mais e/ou ser mulher solteira ou viúva), e social e/ou funcional (segundo pesquisa de 2006/2008); usuário do Centro de Saúde Escola Geraldo Paula Souza da FSP/USP. *Resultados:* Participaram 58 idosos que adotavam práticas de autocuidado, mas não efetivas. Esses foram orientados quanto a modificações nas atividades e no ambiente e a ampliarem da rede de suporte; 25,9% ampliaram universo ocupacional, 32,8% aumentaram rede, e houve discreta melhora funcional. Um maior número de idosos com dificuldades funcionais passou a morar com alguém e a contar com ajuda. *Conclusão:* A intervenção foi benéfica para ampliar atividades, rede de suporte e melhorar funcionalidade.

DESCRIPTORIOS: Idoso; Serviços de saúde para idosos; Atividades cotidianas; Autocuidado.

Almeida MH, Batista MPP. Home care intervention with an emphasis on self-care for elderly users of the School Health Center in São Paulo City. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2016 Jan.-Apr.;27(1):63-71.

ABSTRACT: *Introduction:* According to World Health Organization, the risks to health decline, functioning and death in elderly include: widow or single woman, person aged 80 years or over, being socially isolated and have limitations to perform activities of daily living. *Objective:* To describe and analyze an occupational therapy intervention to elderly at two or more risks. *Method:* Intervention research developed in 2008/2009 at three stages: assessment using the Ceca Instrument: classification of the aged concerning self-care ability; instructions concerning functioning, occupations and social interaction; reassessment. Inclusion criteria: being elderly; at demographic risk (due to age 80 years or over and/or being widow or single woman), and social and / or functional (according to a study conducted in 2006/2008); users of the School Health Center Geraldo de Paula Souza of FSP/USP. *Results:* Participated in the study 58 elderly, who adopted self-care practices, although they were not effective. They were instructed to make changes in activities and in environment and to broaden their support network; 25.9% expanded their occupations, 32.8% increased their network, and there were a slight improvement in functioning. A greater number of elderly with functional difficulties moved in with someone and could count on somebody to help. *Conclusion:* The intervention was beneficial to expand activities, support network and improve functionality.

KEYWORDS: Aged; Health services for the aged; Activities of daily living; Self care.

Trabalho é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: "Identificando Práticas de Autocuidado: subsídios para atenção domiciliar a idosos em terapia ocupacional". Processo FAPESP: 05/57129-9.

1. Curso de Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Helena Morgani de Almeida. Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. São Paulo, Brasil. CEP: 05360-000. E-mails: hmorgani@usp.br, marinapperez@usp.br

INTRODUÇÃO

Idosos residentes na comunidade referem risco de perda de funcionalidade e independência com o envelhecimento¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde², alguns critérios predisõem os idosos a riscos para declínio de saúde, funcionalidade e morte tais como ser mulher idosa, especialmente solteira ou viúva; ter mais de 80 anos; morar sozinho; compor casal de idosos residindo só sendo um deles cuidador; estar socialmente isolado; não ter filhos; contar com recursos econômicos escassos; ter limitações em pelo menos uma das atividades básicas de vida diária.

Atividades de vida diária podem ser básicas (ABVD), ligadas à sobrevivência, instrumentais (AIVD), que envolvem mais demandas ambientais que as básicas, e avançadas (AAVD) referentes ao desempenho de funções sociais, que incluem trabalho, lazer, vida social e comunitária^{3,4}.

Há uma tendência de perda funcional hierárquica que se inicia pelas atividades cotidianas avançadas e atinge as atividades instrumentais e básicas^{3,4}. Aspectos referentes à pessoa e ao ambiente contribuem para as dificuldades funcionais nas atividades diárias⁵.

Assim a detecção de alterações no desempenho das atividades cotidianas auxilia na proposição e adequação de intervenções que favorecem a qualidade de vida dos idosos⁶.

Estas intervenções podem incluir orientação de práticas de autocuidado para aumento da independência no cotidiano e diminuição de riscos funcionais^{7,8} e sociais. Essas práticas abrangem modificações no desempenho de atividades, uso de tecnologia assistiva, assistência de outrem, modificações ambientais^{7,8} e, incentivo à potencialização e ampliação da rede de suporte social.

Modificações ambientais visam também diminuir riscos para quedas, frequentes no ambiente domiciliar e que predisõem a lesões graves e morte. Ainda, atividades que envolvem interação e relacionamentos significativos favorecem prevenção e combate ao isolamento social e podem também contribuir para a vida independente na comunidade e para o envelhecimento ativo².

Nessa perspectiva buscou-se descrever intervenção domiciliar de terapia ocupacional com ênfase no autocuidado a idosos sob duas ou mais condições de riscos, previstas pela Organização Mundial da Saúde²; e analisar resultados desta intervenção sobre a funcionalidade, o universo ocupacional e a interação social dos participantes.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa intervenção desenvolvida entre agosto de 2008 e julho de 2009, no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP (CSEGPS). Essa pesquisa foi conduzida por uma docente vinculada ao curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP e alunos de graduação em terapia ocupacional, com supervisão da docente. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, processo 2005/57129-9).

Os critérios para participação na pesquisa foram: ser idoso; estar sob risco demográfico (por ter 80 anos ou mais e/ou ser mulher solteira ou viúva) combinado a risco social e/ou funcional, conforme critérios estabelecidos pela OMS²; ser usuário do CSEGPS, o que implica residir na Subprefeitura de Pinheiros do Município de São Paulo; matriculado entre 2004 e 2005. Os idosos em condições de risco foram identificados em pesquisa anterior, realizada entre maio de 2006 e abril de 2008⁹; sob responsabilidade da autora principal desse artigo. Esses compreenderam um total de 86 potenciais participantes, que foram contatados por telefone. Para 16, os contatos não foram confirmados, 5 faleceram, 3 estiveram impossibilitados de participar por problemas de saúde e, 4 recusaram-se a participar. Assim 58 idosos participaram da intervenção. Essa foi composta por três visitas domiciliares, com duração aproximada de duas horas cada uma, dirigidas respectivamente à avaliação, orientação e reavaliação dos participantes. As visitas foram realizadas pelos graduandos devidamente treinados.

Na *visita de avaliação* os graduandos aplicaram o Instrumento para a Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado (CICAc)^{10,11} por meio de entrevista. Esse instrumento foi validado em seu conteúdo¹² e avaliado em sua confiabilidade¹¹. Ele contém questões abertas e fechadas correspondentes às dimensões: arranjo doméstico e potencial rede de suporte, perfil social, universo ocupacional e capacidade funcional.

O CICAc informa níveis de dificuldade para atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária (Não apresenta dificuldade; apresenta dificuldade compensada com práticas de autocuidado; apresenta dificuldade não compensada por práticas de autocuidado; apresenta dificuldade e faz com ajuda; deixou de fazer devido à dificuldade). O Instrumento identifica ainda práticas de autocuidado para compensação de dificuldades, que compreendem modificação comportamental, modificação ambiental, adoção de tecnologia assistiva e

ajuda de outrem. Ele contempla também a natureza das dificuldades (física, sensorial, emocional, cognitiva, social, econômica, restrições clínicas, relativa ao ambiente físico, outras).

As questões do CICAc e sua forma de registro estão apresentadas no Quadro 1. Adicionou-se ao instrumento questão sobre ocorrência de quedas nos últimos seis meses, devido à estreita relação entre quedas e funcionalidade.

Quadro 1 – Componentes do instrumento CICAc¹²

Dimensões e Questões	Acompanha quadro para registro de...
<i>Arranjo doméstico e potencial rede de suporte</i>	
1 – Mora com outras pessoas na mesma casa? Com quem?	nome, tipo de relacionamento, sexo e idade das pessoas que moram com o idoso
2 – Tem (outros) filhos?	nome, sexo, idade e onde residem os filhos
3 – Com que frequência se relaciona com:	frequências de relacionamentos com distintas pessoas
4 – Está satisfeito com a frequência com que se relaciona com:	graus de satisfação do idoso quanto à frequência com que se relaciona com distintas pessoas
5 – Como se sente com a relação que mantém com:	graus de satisfação com relacionamentos com distintas pessoas
6 – Tem alguém que cuida do sr quando fica doente? Quem?	nome, tipo de relacionamento, sexo e idade daqueles que cuidam do idoso
<i>Perfil social</i>	
7- Frequentou escola? Até que ano estudou?	grau de escolaridade do idoso
8 - Qual sua atividade profissional principal?	-
9 - Exerce essa atividade profissional atualmente?	-
10 – Tem trabalho remunerado atualmente?	-
11 - Quais são seus recursos financeiros atualmente?	recursos financeiros do idoso
12 - Com a sua situação econômica atual de que forma satisfaz suas necessidades de alimentação, moradia, saúde, etc?	grau de satisfação de necessidades com situação econômica atual
<i>Universo ocupacional</i>	
13 - O que faz todos os dias, desde a hora que acorda até a hora que vai dormir?	atividades que compõe o cotidiano do idoso
14 - Tem alguma coisa que faça só de vez em quando?	
15 - Das coisas que faz, quais acha importante? 15.1. Por quê?	atividades importantes e razões de importância
16 - Das coisas que faz, quais gosta menos? 16.1 Por quê?	atividades insatisfatórias e razões de insatisfação
<i>Capacidade Funcional</i>	
17 – Tem dificuldade para fazer algumas das coisas que faz? Que tipo(s) de dificuldade?	de atividades para quais o idoso tem dificuldade, sua caracterização segundo tipos de dificuldade; níveis de dificuldade e formas de compensação
18 – O que faz quanto à dificuldade X: Encontrou um jeito mais fácil de fazer, tem alguém que o(a) ajuda, faz mesmo com dificuldade sem ajuda ou deixou de fazer?	
19 – Caso tenha encontrado um jeito mais fácil de fazer, como faz? Caso tenha alguém que o ajuda, quem o ajuda?	
20 - Pense nas coisas que faz com ajuda, com dificuldade sem ajuda ou tenha deixado de fazer. Imagina algum jeito mais fácil de fazê-las? Sim, para todas as atividades () Sim, para algumas atividades () Não ()	atividades para as quais apresenta dificuldade e formas imaginadas de compensação
21 – Como poderia ser feito?	
22 – Pense nas coisas que gostaria de ter feito em sua vida mas nunca fez ou fez há muito tempo atrás e gostaria de voltar a fazer. 22.1: Por que não faz? 22.2: Imagina algum jeito de vir a fazê-las?	de atividades desejadas, fatores de inibição e formas imaginadas de realização

Após a aplicação do Instrumento, foi solicitado ao idoso que elesse e desempenhasse uma das atividades para a qual referia dificuldade e desejo de superação. O desempenho dessa atividade foi observado pelo graduando que registrou suas observações em diário de campo. O aluno captou ainda imagens de risco de quedas no domicílio.

Foi realizada análise preliminar das informações obtidas pela aplicação do CICAc, registradas em diário de campo e, das imagens captadas no domicílio. Buscou-se identificar no material coletado, dificuldades para atividades cotidianas e relacionadas às relações sociais, riscos de quedas no domicílio, emprego e efetividade de práticas de autocuidado. Essa análise amparou a elaboração de orientações impressas e individualizadas a serem compartilhadas na **visita de orientação**.

Nessa visita os idosos foram instruídos e incentivados a manterem práticas de autocuidado efetivas para compensar dificuldades; a adaptarem aquelas já adotadas, mas que não se mostravam efetivas e a adotarem novas práticas. Estas eram relativas à funcionalidade e prevenção de quedas, ao universo ocupacional e a interação social.

Na **visita de reavaliação**, realizada em um intervalo de 4 a 6 meses, o instrumento CICAc foi reaplicado visando aferir os resultados das orientações prestadas.

As informações coletadas pelo CICAc nas visitas de avaliação e reavaliação sofreram análise quantitativa. Assim foram geradas frequências absolutas e relativas e, realizada análise estatística para comparação de proporções por meio da aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon pareado¹³. Foram também descritas informações qualitativas contidas nos quadros do Instrumento, registradas durante sua aplicação.

Esse estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (protocolo de pesquisa nº 721/05) e foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa da Universidade de São Paulo (FAPESP, processo 2005/57129-9). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento.

RESULTADOS

A maioria dos participantes da pesquisa eram mulheres (98,3%). Quanto à faixa etária, 12 (20,7%) tinham entre 60 e 69, 18 (31%) entre 70 e 79, 24 (41,4%) entre 80 e 89 e 4 (6,9%) tinham 90 anos ou mais. Em relação ao estado civil, 39 (66,7%) eram viúvos, 14 (24,6%) solteiras e 5 (8,7%) divorciadas.

Todos os idosos estavam sob risco demográfico, por serem mulheres e/ou terem 80 anos ou mais; 44 (75,9%), estavam sob um ou mais riscos sociais, devido

ao fato de que 27 (46,6%) não tinham filhos, 7 (12,7%) não contavam com ninguém que os ajudassem em caso de doença e 23 (41,1%) moravam só, o que pode implicar risco na vigência de dificuldades funcionais.

Observou-se que 25 (44,6%) idosos estavam em risco funcional, pois referiam dificuldades para uma ou mais ABVD - banhar-se, vestir-se, controlar eliminações, alimentar-se e locomover-se - sendo que 9 (15,5%) precisavam de ajuda. As dificuldades funcionais para as atividades cotidianas estavam bastante relacionadas aos aspectos físicos - tais como algias, fraqueza muscular, diminuição de massa corpórea, limitações funcionais de extremidades; seguidos pelos aspectos sensoriais - em especial os relacionados à acuidade visual. Os fatores relativos ao ambiente físico e às dificuldades sociais, econômicas e culturais raramente foram mencionados.

Em relação às dificuldades para as ABVD, embora os idosos adotassem práticas de autocuidado, essas não eram suficientes para compensar as repercussões dessas dificuldades sobre a vida cotidiana. Dentre essas práticas, destacam-se: uso de absorventes, exercícios de contração e uso de medicação prescrita para controle eliminações; dispositivos auxiliares de marcha e mudanças ambientais como instalação de corrimãos para locomoção; adoção de posição sentada para o vestuário; uso de escova de cabo longo, cadeira e tablado antiderrapante para o banho.

As práticas de autocuidado para AIVD, apesar de adotadas, se mostraram insuficientes para compensar plenamente as dificuldades. Alguns idosos adotavam formas adaptadas para realizar as tarefas domésticas como redução de força de preensão para controlar dor nas mãos, uso de vassoura de cabo longo, pausas e delegação de tarefas domésticas à faxineira. Quanto ao uso do telefone, adotavam aparelho sem fio, atendiam ou faziam ligações em lugar com poucos ruídos e usavam aparelho auditivo. As compras foram realizadas de forma fracionada ou por meio de serviços de entrega. No preparo da comida os idosos procuravam manter-se perto do fogão focando sua atenção na tarefa. Para tomar medicamentos procuravam marcar e afixar em lugar visível os horários de administração dos mesmos.

Práticas de autocuidado para algumas atividades de lazer e trabalho foram identificadas como compensatórias pelos participantes e adotadas para caminhadas, fazer leitura e costurar. Durante a caminhada, referiram uso de protetores de joelho e bengala. Para costurar relatavam compensar diminuição da acuidade visual utilizando o sentido do tato. Lupa e luminária eram adotadas para facilitar a leitura. Embora não compensassem completamente dificuldades para assistir televisão, alguns idosos procuravam manter óculos ajustados às

suas necessidades e usar aparelhos auditivos, além de se sentarem próximos à televisão ou aumentarem um pouco seu volume. Aqueles que iam à missa, o faziam com menor dificuldade utilizando dispositivos de mobilidade.

Quanto as quedas, 10 (17,2%) idosos relataram sua ocorrência no último ano, sendo 6 em ambiente externo e 5 no domicílio. Acrescenta-se que 55 (96%) idosos viviam em domicílios com riscos ambientais para quedas (descritos no Quadro 2).

Durante as *visitas de orientação* buscou-se reforçar as práticas de autocuidado já adotadas e que se mostravam compensatórias às dificuldades dos idosos e orientá-los quanto às novas práticas para essa finalidade.

Com o objetivo de manter ou ampliar participação social e rede de suporte e, diminuir sentimento de solidão, comumente referido, os idosos foram incentivados e auxiliados a se envolverem em atividades de seu interesse e que implicassem interação social. Dentre as atividades incluíram-se voluntariado e participação em grupos de: passeio, atividades físicas, estimulação da memória, trabalhos manuais, cuidadores e com finalidades terapêuticas. Ainda, os idosos foram orientados a adotarem dispositivos de auxílio que favorecessem a participação social, como almofada adaptada para ajoelhar-se ou sentar-se durante a missa.

Quadro 2 – Riscos de quedas identificados nos domicílios e orientações fornecidas

Riscos de quedas	Orientações prestadas
Ausência de barras de apoio no vaso sanitário e no box do chuveiro	Instalar barras de apoio no box e ao lado do vaso sanitário.
Uso de tamancos ou chinelos para tomar banho	Evitar uso de tamancos e chinelos de dedos com sola lisa, especialmente na hora do banho. Substituir por chinelos com solas emborrachadas e presos aos pés com presilhas.
Tomar banho em pé na banheira	Usar fitas adesivas antiderrapantes dentro da banheira.
Vaso sanitário baixo e com tampa e assento soltos	Elevar assento do vaso sanitário. Parafusar assento e tampa soltos.
Ausência de tapete emborrachado no box do chuveiro	Colocar tapete emborrachado antiderrapante.
Camas baixas	Aumentar o pé da cama ou elevar o estrado. Colocar um colchão mais alto.
Sofás baixos ou cadeiras com assento baixo.	Elevar os pés do sofá ou colocar almofada alta ou com maior densidade.
Varais fixos altos	Usar varal mais baixo e com altura ajustável ou usar varal de chão.
Escadas sem corrimão e/ou em caracol e sem material antiderrapante. Utilização da escada para exercitar-se	Instalar corrimãos bilaterais. Colocar sinalização colorida antiderrapante na escada. Evitar o uso da escada para exercitar-se.
Ambientes mal iluminados, especialmente escadas e áreas de circulação	Melhorar a iluminação.
Trilho entre área de serviço e cozinha ou no box do chuveiro	Usar fita sinalizadora na extensão do trilho.
Obstáculos em área de passagem	Reorganizar os móveis de modo a facilitar a circulação. Retirar objetos da área de passagem. Redobrar o cuidado ao deslocar-se na presença de animais de estimação.
Tacos soltos	Manter os tacos de madeira bem colados e nivelados.
Pisos escorregadios	Não encerar os pisos. Secar o chão molhado.
Uso da maçaneta para apoiar-se na deambulação	Tomar cuidado ou mesmo evitar apoiar em maçanetas de portas como apoio. Preferir instalação de barras.
Tapetes sem material antiderrapante, soltos ou com pontas elevadas	Retirar os tapetes, se possível. Alternativamente, fixar as pontas elevadas com fita autocolante.
Pesos de porta obstruindo passagem	Retirar pesos de porta e procurar substituí-los por trava (stop) que fixa porta ao chão ou à parede.
Degraus ou desníveis no piso	Eliminar desníveis no piso. Substituir degraus por rampas. Aumentar a sinalização dos degraus com tiras sinalizadoras e material antiderrapante. Fazer uso de corrimãos em degraus altos.
Subir em bancos ou escadas móveis para alcançar objetos altos ou para fazer limpeza.	Evitar subir em escadas, cadeiras ou bancos para pegar objetos. Deixar objetos de maior uso em locais acessíveis e pedir ajuda para alcançar objetos altos.
Levantar durante a noite para ir ao banheiro	Diminuir o consumo de líquidos antes de dormir, especialmente quando apresenta incontinência urinária. Aumentar a iluminação durante o trajeto do quarto ao banheiro, utilizando por exemplo luzes de emergência.

Para melhorar funcionalidade em algumas atividades foram sugeridos ajustes no ambiente e uso de tecnologia assistiva. Na preparação da comida orientou-se uso de objetos com cores contrastantes, descascador de legumes, tábua com fixação lateral e abridor elétrico. Na atividade de fazer tricô foram sugeridos aumento da iluminação do ambiente e uso de almofada para apoio de cotovelo; e para uso do telefone, adaptação do teclado. Também se buscou orientar os idosos para realização de atividades com maior conforto e economia de energia. Neste sentido, além de recursos de tecnologia assistiva, foram recomendadas pausas durante as atividades e adoção de posturas que respeitassem as limitações funcionais e favorecessem o desempenho.

Ainda no que tange à funcionalidade, foram dadas orientações para prevenção de quedas. No quadro 2 são descritos os principais riscos ambientais encontrados e orientações fornecidas.

Em relação às **visitas de reavaliação** identificou-se que 15 (25,9%) ampliaram seu universo ocupacional e 19 (32,8%) têm planos de fazê-lo. Alguns idosos passaram a fazer novas atividades, outros retomaram aquelas anteriormente realizadas ou ainda aumentaram frequência de realização. Dentre essas atividades incluem-se ir à igreja, fazer natação, realizar trabalho voluntário, frequentar grupo de caminhada e de tricô.

No que se refere à rede social dos idosos, um maior número passou a morar com alguém e a contar com ajuda, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Comparação dos idosos antes e após a intervenção domiciliar, segundo variáveis “morar só” e “não contar com ninguém que ajude em caso de doença”

Variável	Inicial		Final		P
	Frequência	%	Frequência	%	
Morar só					0,002
mora só	34	59,6	23	41,1	
mora com alguém	23	40,4	33	58,9	
Ajuda					0,058
não conta com ninguém	13	22,8	7	12,7	
conta com alguém	44	77,2	48	87,3	

Dos 58 idosos abordados, 19 (32,8%) ampliaram sua rede de suporte social e 4 (6,9%), embora não a tenham expandido, imaginaram formas de fazê-lo. Alguns

participantes estabeleceram ou tornaram mais frequentes contatos telefônicos com familiares e vizinhos, passaram a contar com mais pessoas em caso de adoecimento e recorreram a outras para auxílio às suas necessidades.

Quanto às formas imaginadas pelos idosos para ampliação de sua rede social incluíram-se: alugar quarto passando a contar com companhia, sair mais de casa e mudar-se para casa térrea para facilitar realização de atividades externas.

A Tabela 2 mostra os resultados da análise comparativa de informações em relação ao desempenho de atividades antes e após a intervenção domiciliar.

Nas ABVD e AIVD evidenciou-se melhora funcional para controle de eliminações e para realização de tarefas domésticas. Em relação às atividades de lazer observou-se melhora para a atividade de leitura, e manutenção da funcionalidade para as demais atividades, exceto para assistir televisão para a qual se aferiu piora. Para o trabalho voluntário não se evidenciou mudança funcional.

Identificou-se que dos 57 domicílios visitados, em 40 (68,9%) houve redução de fatores de risco ambientais e comportamentais para quedas. Em 6 (10,3%) domicílios não se observaram alterações, e em 11 (18,9%) os idosos planejaram realizar modificações.

Tabela 2 – Comparação do desempenho dos idosos nas atividades de vida diária antes e após a intervenção domiciliar

VARIÁVEL	P
ABVD	0,769
Banhar-se	0,102
Vestir-se	0,275
Controlar eliminações	0,001
Alimentar-se	0,773
Locomover-se	0,243
AIVD	0,561
Usar telefone	0,301
Fazer compras	0,565
Preparar comida	0,277
Realizar tarefas domésticas	0,039
Tomar medicamentos	0,748
Receber, pagar contas e controlar orçamento	0,157
LAZER	0,770
Assistir TV	0,040
Caminhar	0,151
Ir a missa	0,564
Ir ao cinema e teatro	1,000
Ler	0,007
Viajar	0,680
Costurar	0,705
TRABALHO VOLUNTÁRIO	1,000

DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar os resultados de uma intervenção domiciliar em terapia ocupacional com ênfase em práticas de autocuidado aos idosos sob dois ou mais riscos, conforme critérios da OMS². Essas práticas tinham como propósito contribuir para manutenção ou melhora da funcionalidade; ampliação do universo ocupacional, com ênfase nas atividades que requerem interação social; potencialização e ampliação da rede de suporte.

Os participantes dessa pesquisa eram, em sua maioria, mulheres (98,3%) o que retrata a feminilização do processo de envelhecimento, especialmente nas camadas mais envelhecidas da população¹⁴. Apesar disso optou-se por considerar na análise das informações também aquelas fornecidas pelo único homem participante da pesquisa, na medida em que ser do sexo masculino não era critério de exclusão e que não se pretendia um recorte por gênero para análise e discussão.

No que se refere à rede de suporte, as *visitas de avaliação* mostraram que a maioria dos entrevistados não contava com a presença do cônjuge. Essa condição pode significar menor efetividade da rede de suporte social e influenciar negativamente a capacidade funcional¹⁵. Outras situações de risco social também foram identificadas nessas *visitas*, como idosos que moravam sós, não tinham filhos e não contavam com ninguém que os ajudasse em caso de doença.

Morar só pode representar um risco para o idoso a depender de características funcionais e de sua rede de suporte social. Especialmente para idosos que moram sozinhos, visitas e contatos por telefone com membros da família e amigos são importantes¹. Ainda, não contar com ninguém que ajude implica em dificuldade de permanência do idoso em seu domicílio e em risco deste vir futuramente se encontrar sem apoio ou auxílio para responder às demandas cotidianas. Reconhece-se que fazer parte de uma rede social é um dos mais importantes determinantes de bem-estar e qualidade de vida na velhice¹⁶, e que um maior nível de integração social se relaciona positivamente com a saúde¹⁷.

Nas *visitas de orientação*, atividades que implicam em interação social foram também incentivadas e facilitadas, visto que a ampliação de atividades sociais é estratégia privilegiada para favorecer a constituição ou ampliação da rede de idosos¹⁶. Estes benefícios também foram verificados nas *visitas de reavaliação*, nas quais um maior número de idosos ampliou seu universo ocupacional e aqueles com dificuldades funcionais, que impactavam o

desempenho de atividades cotidianas, passaram a morar com alguém e a contar com ajuda.

Nesse estudo foram frequentes queixas referentes à deficiência visual, em conformidade com outros estudos nos quais se identificaram a interferência da visão na saúde e na funcionalidade de idosos^{1,18,19}. Aspectos físicos decorrentes de doenças crônicas também foram citados pelos idosos como limitantes para as atividades cotidianas. Fatores de risco para declínio funcional, semelhantes aos do presente estudo como comorbidades, aumento e diminuição de massa corpórea, limitações funcionais de extremidades foram apontadas em revisão sistemática¹⁸.

Os idosos referiram mais dificuldades nas AIVD e lazer do que nas ABVD. Em conformidade, estudos identificam que as primeiras atividades são mais complexas que as básicas por envolverem uma gama diversificada de recursos, e que a perda de habilidades funcionais se processa em ordem decrescente de complexidade^{3,4,6}. Salienta-se que dificuldades nas ABVD foram pouco mencionadas por idosos independentes residentes na comunidade, quando comparadas às AIVD¹.

No presente estudo não houve piora da condição funcional dos participantes para a quase totalidade das atividades, observando-se inclusive melhora funcional em algumas delas, como controle de eliminações, tarefas domésticas e leitura. Tal fato se reveste de importância na medida em que o cuidar da casa e realizar passatempos são papéis comumente desempenhados pelo idoso²⁰. Ainda, a manutenção da condição funcional da maioria dos participantes aponta para resultados positivos da intervenção, especialmente ao se considerar que parcela significativa dos participantes tinha 80 anos ou mais e que a prevalência de incapacidade funcional aumenta conforme a idade avança¹⁴.

Pode-se supor que orientações prestadas e adaptações sugeridas durante a intervenção possam ter contribuído para a funcionalidade, assim como em estudo no qual se identificou que afazeres diários de idosos foram mantidos com adaptações tais como dividir tarefas em etapas, desempenhá-la mais vagarosamente e utilizar dispositivos auxiliares¹.

Outro aspecto de interferência na funcionalidade encontrado na maioria dos domicílios foi o risco de quedas. A semelhança do que foi identificado por Souza²¹, identificaram-se no presente estudo, riscos de quedas no banheiro - tapetes soltos, panos no chão, piso escorregadio e ausência de barras de segurança - e dificuldades na circulação inter e entre os cômodos com presença de tapetes soltos, divisórias não sinalizadas, escadas sem corrimão ou sinalização e degraus altos.

Considera-se que esses riscos foram reduzidos no presente estudo por meio de mudanças comportamentais e ambientais. Essas últimas, segundo Culler⁸ abarcam desde reformas e instalações de barras e corrimãos até medidas simples como retiradas de obstáculos.

Como limitações do estudo aponta-se que as orientações quanto às práticas de autocuidado e prevenção de quedas deram ênfase ao ambiente domiciliar. Para futuros estudos sugere-se ampliação do locus de intervenção do terapeuta ocupacional com inclusão do ambiente extradomiciliar.

CONCLUSÕES

O fortalecimento das redes de suporte, o estímulo à ampliação do universo ocupacional e a permanência com maior independência e autonomia no domicílio e na comunidade são aspectos relevantes para o envelhecimento ativo² e foram foco das práticas de autocuidado orientadas na intervenção domiciliar descrita no presente estudo. Essas práticas orientaram-se, portanto, para compensação de dificuldades funcionais; ampliação de atividades, principalmente que implicassem em interações sociais; potencialização e ampliação de redes de suporte. Neste sentido este trabalho traz contribuições relevantes para o campo da

terapia ocupacional, na medida em que ações de cuidado individual deste profissional na atenção primária em saúde objetivam dentre outros aspectos, a melhora da capacidade funcional e participação social. A intervenção domiciliar descrita tem potencial também inovador, pois em geral atendimentos domiciliares neste nível de atenção estão mais voltados aos idosos longevos, cuja dificuldade de acesso ao serviço é frequentemente maior quando comparado aos mais jovens²².

Os resultados apontam ampliação atual do universo ocupacional ou perspectiva para futura ampliação, mudanças nos arranjos domésticos com menos idosos morando sós e mais idosos que passaram a contar com alguém. Não houve piora da condição funcional para a quase totalidade das atividades, observando-se inclusive melhora funcional em algumas delas, o que se reveste de significado visto que 48,3% dos participantes tinham 80 anos ou mais.

Assim identificar como os idosos descrevem e desempenham suas atividades de vida diária é relevante para planejamento e implementação de políticas de cuidados aos idosos. Neste sentido, ações como as propostas pela intervenção descrita são pertinentes às necessidades de idosos em situação de risco, visando sua permanência na comunidade com a máxima autonomia e independência pelo maior tempo possível.

REFERÊNCIAS

1. Larsson A, Hoagland L, Haber JE. Doing everyday life--experiences of the oldest old. *Scand J Occup Ther*. 2009; 16(2):99-109. doi: 10.1080/11038120802409762.
2. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cult Gerontol*. 1993;8(4):313-23. doi: 10.1007/BF00972560.
4. Torres MV. Hierarquização de incapacidade funcional de idosos no Município de São Paulo: uma análise longitudinal: Estudo SABE [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.
5. Quinn TJ, MacArthur K, Ellis G, Stott DJ. Functional assessment in older people. *BMJ*. 2011;343:d4681. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4681>.
6. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014;25(3):225-32. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232>.
7. Hill J. Áreas de ejecución en terapia ocupacional. In: Hopkins HL, Smith HD. *Terapia ocupacional de Willard & Spackmann*. 8a ed. Madrid: Panamericana; 1998. p.192-206.
8. Culler KH. Áreas de ejecución en terapia ocupacional. In: Hopkins HL, Smith HD. *Terapia ocupacional de Willard & Spackmann*. 8a ed. Madrid: Panamericana; 1998. p.207-26.
9. Almeida MHM, Litvoc J, Perez MPP. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um centro de saúde escola do município de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):187-200. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200002>.

10. Almeida MHM. Elaboração e validação do Instrumento CICAc: Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004;15(3):112-120. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i3p112-120>.
11. Almeida MHM, Spinola AWP, Iwamizu PS, Okura RIS, Barroso LP, Lima ACP. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):317-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000003>.
12. Almeida MHM, Spinola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo. 2009;20(1):49-58. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i1p49-58>
13. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. 2a. ed. New York: Wiley; 1980.
14. Saad PM. O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão MLL, Duarte YAO (Org.). Saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
15. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. Am J Public Health. 1991;81(1):63-8.
16. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Pantheon Books; 1998.
17. Yang YC, Boen C, Gerken K, Li T, Schorpp K, Harris KM. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. PNAS. 2016;113(3):578-83. doi: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1511085112
18. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community – living elderly people: systematic literature review. Soc Sci Med.1999;48(4):445-69. doi:10.1016/S0277-9536(98)00370-0.
19. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Silva e Souza AC, Melo TS, Junqueira ALN. Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. Rev Soc Bras Clin Méd. 2003;1(5):131-6.
20. Rebellato C, Emmel MLG, Rjeille JJ, Oishi J. Factors associated with occupational roles in older Brazilians: a cross-sectional pilot study. Cad Ter Ocup. UFSCar. 2015;23(3):499-513. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0638>.
21. Souza OC. Adaptações: foco de atenção no idoso. COFFITO. 2004;22:16-18.
22. Alves CB, Paulin GST. Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional. Cad Ter Ocup UFSCar. 2015;23(3):571-80. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0481>

Recebido em: 28.07.16

Aceito em: 23.03.16